

S2 13 18

URTEIL VOM 22. NOVEMBER 2013

**Kantonsgericht Wallis
Sozialversicherungsrechtliche Abteilung**

Besetzung: Dr. Lionel Seeberger, Präsident; Eve-Marie Dayer-Schmid und Thomas Brunner, Kantonsrichter/in; Petra Stoffel, Gerichtsschreiberin

in Sachen

X_____, Beschwerdeführer

gegen

SCHWEIZERISCHE UNFALLVERSICHERUNG (SUVA), Beschwerdegegnerin

(unfallähnliche Körperschädigung)

Beschwerde gegen den Einsprache-Entscheid der SUVA vom 10. Januar 2013

Verfahren und Sachverhalt

A. Der am xxx 1959 geborene X_____ war über seine Arbeitgeberin, A_____ AG, mit Sitz in B_____, bei der SUVA obligatorisch gegen die Folgen von Berufs- und Nichtberufsunfällen versichert. Am 12. August 2007 trat der Versicherte beim Abstieg vom C_____ in eine Vertiefung von 10 bis 15 cm auf einem schmalen, steinigem Weg. Er trat mit der Fussspitze am vorderen Rand der Vertiefung auf und sackte mit der linken Ferse ein. Am 10. Februar 2009 meldete die Arbeitgeberin eine Achillessehnenverletzung von X_____ am linken Fuss, welche er sich durch einen Fehltritt auf einer Gebirgswanderung zugezogen habe. Dr. D_____ führte am 18. Mai 2009 aus, die Erstbehandlung habe bei Dr. E_____ stattgefunden. Der Patient habe bei einer Wanderung einen Misstritt gemacht. Dr. E_____ legte am 17. Juni 2009 dar, die Erstbehandlung habe am 19. Oktober 2008 stattgefunden. Nach dem Fehltritt habe man angenommen, dass es sich um eine Entzündung gehandelt habe. Erst das MRI vom 5. August 2008 habe einen Achillessehnenriss links ergeben.

B. Mit Verfügung vom 27. Juli 2009 lehnte die SUVA jede Leistungserbringung ab, da weder – in Ermangelung der Ungewöhnlichkeit – ein Unfallereignis noch eine unfallähnliche Körperschädigung vorliege. Hiergegen erhob X_____ mit Schreiben vom 3. August 2009 Einsprache, welche mit Entscheid vom 13. Januar 2010 abgewiesen wurde. Mit Beschwerde vom 29. Januar 2010 beantragte X_____, die SUVA zur Leistungserbringung zu verpflichten. Das Kantonsgericht Wallis bestätigte den Einsprache-Entscheid der SUVA insoweit, als dass es eine Vertiefung auf einem Gebirgswanderweg nicht als ungewöhnlich qualifizierte und demnach feststellte, dass die SUVA den Unfallcharakter des Vorfalles vom 12. August 2007 zu Recht verneint hatte. Es hiess die Beschwerde des Versicherten jedoch in dem Sinne gut, als es die Sache zur erneuten, sämtliche Aspekte des Falles umfassenden medizinischen Begutachtung hinsichtlich der Beurteilung der Unfallähnlichkeit der Körperschädigung an die SUVA zurückwies.

C. In der Folge beauftragte die SUVA Dr. med. F_____, Arzt FMH für orthopädische Chirurgie, leitender Arzt der Klinik für Orthopädie, Traumatologie, Sportmedizin des Spitals G_____, mit der Begutachtung des Versicherten. Mit Gutachten vom 24. April 2012 stellten die Dres. med. F_____ und H_____ folgende Diagnose: "Status nach Débridement in Flexor hallucis longus Transfer vom 24.07.2009 bei subtotaler Achillessehnenruptur links. Klinisch Verdacht auf aktuell asymptomatische degenerative Veränderung und Entzündung der Achillessehne rechts bei palpabler Verdickung der Achillessehne muskulotendinösem Übergang". Des Weiteren führten die untersuchenden Ärzte aus, dass eine partielle Ruptur der linken Achillessehne mit MRI vom 5. August 2008 nachgewiesen und im Operationsbericht vom 2. Juni 2009 bestätigt worden sei. Zum erstellten MRI, welches drei Monate nach dem Misstritt am 13. November 2007 erstellt worden war, hielten die Ärzte Folgendes fest: "Im Gegensatz zum Radiologiebefund sehen wir noch eine geringe längsverlaufende intratendinöse Signalaufhellung, die hier aber nicht als Ruptur gedeutet werden kann. Der Nachweis einer Kontinuitätsunterbrechung ist nicht gegeben. Auch

eine begleitende Flüssigkeitsansammlung (Oedem, Blut) ist nicht auszumachen. Somit kann diese Signalaufhellung nur eine beginnende mukoide Degenerationszone darstellen. Die Achillessehne zeigt sich ausserdem leicht verdickt/geschwollen. Dieses spricht für eine Tendinopathie. Eine Peritendonitis wäre mit peri- und paratendinösen Veränderungen von Fettgewebe, Bindegewebe und Synovia mit diffusen und fokalen Signalerhebungen im MRI assoziiert. Dieses liegt hier auch für das praeachilläre Fettgewebe vor. Wir können also davon ausgehen, dass 3 Monate nach Unfalldatum eine leichte Tendinopathie mit Peritendinose bestand". Zur Entstehung der Tendinopathie von X_____ erklärten die Ärzte, dass es retrospektiv nicht zu eruieren sei, welche Faktoren ausschlaggebend waren: "Sein Alter, Geschlecht sowie der erhöhte Aktivitätsgrad in Freizeit und Beruf (Sport und Baustelle) müssen hier bei unserem Exploranden als bestehende Faktoren erwähnt werden. Klinisch lässt sich unter anderem feststellen, dass unser Explorand während unserer klinischen Untersuchung auch rechtsseitig eine verdickte, indolente Achillessehne besitzt, die ihm bisher nie Probleme gemacht hatte. Hier liegt klinisch eine asymptomatische Tendinopathie im Stadium I vor. Ob seine linke Achillessehne vor dem Unfall sich klinisch ähnlich zeigte, ist zum jetzigen Zeitpunkt retrospektiv nicht mehr zu erheben. Beweisen können wir aber mittels MRI vom 13.11.2007 und anamnestischer Angaben, dass bereits 3 Monate posttraumatisch eine symptomatische Tendinopathie mit beginnender mukoider Degeneration vorlag, das heisst, die Achillessehne befand sich wahrscheinlich schon im Stadium II der Entstehungskaskade der Tendinopathie nach Fu".

Hinsichtlich des MRI vom 5. August 2008 hielten die Ärzte fest, dass sich darin eine Ruptur der Achillessehne durch Kontinuitätsunterbrechung und dislozierten Sehnenanteilen im für das Endstadium III der Tendinopathie typischen Areal von 2-6 cm proximal ab calcanealer Insertion im musklotendinösen Übergang beschreiben lasse. Zusätzlich seien hyperintense Bereiche der verdickten Achillessehne als mukoide Degeneration zu beschreiben und insgesamt als eine Tendinopathie zu interpretieren. "Das heisst, es liegt eine Ruptur der Achillessehne bei vorliegender Tendinopathie vor, Stadium III nach Fu". Nach Ansicht der Ärzte stellt die lokale Steroidinjektion, "die mindestens einmalig (am 15.7.2008), wenn nicht sogar zweimal (schon im Sommer 2007 nach Trauma) bei unserem Exploranden durchgeführt wurde", einen zweiten auslösenden Faktor der oben beschriebenen Ruptur der Achillessehne dar. Denn diese könne hier zusätzlich zu der bereits bestehenden Entzündungsreaktionskaskade zu einer Schwäche in der Achillessehne beigetragen haben.

Dres. med. F_____ und H_____ kamen demnach zu folgendem Schluss: "Zusammenfassend, eine direkte Kausalität der subtotalen Achillessehnenruptur des Exploranden zum Unfallereignis vom 12.8.2007 kann aufgrund des vorliegenden, erstellten MRI nach Traumaereignis (13.11.2007), also gute 3 Monate später, nicht gestellt werden. In diesem MRI zeigt sich die Achillessehne durchgehend, also intakt, ohne Anhalt auf jegliche Unterbrechung. Wir betrachten die Partialruptur der Achillessehne (im MRI vom 5.8.2008) als Folge einer degenerativen Kaskade der Achillessehne, bei der zwei auslösende Faktoren mitbeteiligt waren: Den 1. Faktor stellt das unfallähnliche Ereignis im August 2007 dar, welches wahrscheinlich die Tendinopathie aktiviert hatte bzw. symptomatisch machte. Die bisher bekannten biochemischen Prozesse einer Tendinopathie der Achillessehne sowie zusätzlich der 2. einflussende Faktor, die Steroidbehandlung vom 15.7.2008, führten schliesslich zur derartigen Schwächung der Sehne, dass wir oben genannte Teilruptur der Sehne an typischer Lokalisation einer degenerativen Genese im MRI vom 5.8.2008 diagnostizieren konnten". Im Übrigen führten die Ärzte Folgendes aus: "Die diagnostizierte Partialruptur 2008 und die nachfolgenden Therapien einschliesslich der Operation stehen nicht in direktem kausalem Zusammenhang des Unfalles. Dagegen

sehen wir den Misstritt als ein unfallähnliches Ereignis an, welches eine direkte Kausalität mit der nachfolgenden Beschwerdesymptomatik und mit sich führenden Behandlung hatte, bevor es schliesslich zur Partialruptur kam".

D. Gestützt auf dieses Gutachten schloss die SUVA mit Entscheid vom 10. Januar 2013 auf Abweisung der Einsprache. Sie ging im Wesentlichen davon aus, dass sich die Achillessehne links im MRI vom 13. November 2007 noch als intakt dargestellt habe. Eine Ruptur der Achillessehne habe demnach drei Monate nach dem Ereignis vom 12. August 2007 noch nicht vorgelegen. Eine Partialruptur der Achillessehne habe erst im MRI vom 5. August 2008 nachgewiesen werden können. Folglich könne die Partialruptur nicht dem Ereignis vom 12. August 2007 zugeordnet werden, sondern sei als Folge einer degenerativen Kaskade zu betrachten. Die im Jahr 2008 nachgewiesene Partialruptur der Achillessehne sei nicht mit der erforderlichen überwiegenden Wahrscheinlichkeit auf das Ereignis vom 12. August 2007 zurückzuführen. Vor diesem Hintergrund liege keine unfallähnliche Körperschädigung vor, weshalb die SUVA mit Verfügung vom 19. September 2012 zu Recht eine Leistungspflicht verneint habe.

E. Mit Eingabe vom 28. Januar 2013 (Postaufgabe des Schreibens am 2. Februar 2013) erhob X_____ gegen diesen Entscheid Beschwerde. Der Beschwerdeführer beantragt sinngemäss, die SUVA zur Leistungserbringung zu verpflichten. Im Übrigen begehrt er die Erhebung eines zweiten Gutachtens. Die Beschwerdegegnerin schliesst auf Abweisung der Beschwerde.

Weitere Sachverhaltsdarstellungen, Parteibehauptungen sowie Begründungen sind, soweit rechtlich von Bedeutung, in den nachfolgenden Erwägungen aufgeführt.

Erwägungen

1. Gemäss Art. 1 Abs. 1 des Bundesgesetzes über die Unfallversicherung vom 20. März 1981 (UVG) sind die Bestimmungen des Bundesgesetzes über den Allgemeinen Teil des Sozialversicherungsrechts vom 6. Oktober 2000 (ATSG) auf das UVG anwendbar, soweit dieses nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt.

2.

2.1 Gegen Einspracheentscheide kann innerhalb von 30 Tagen nach deren Eröffnung Beschwerde bei einem vom Kanton bestellten Versicherungsgericht eingereicht werden (Art. 56 Abs. 1, Art. 57 und Art. 60 ATSG). Die am 2. Februar 2013 eingereichte Beschwerde erfolgte fristgerecht.

2.2 Die versicherte Person hat ihren Wohnsitz in B_____, mithin im Kanton Wallis. Die sachliche und örtliche Zuständigkeit der angerufenen Sozialversicherungsrechtlichen Abteilung des Kantonsgerichts ist somit gegeben (Art. 58 ATSG, Art. 1 Abs. 2 des Verfahrensreglements des kantonalen

Versicherungsgerichts vom 2. Oktober 2001 [RVG], Art. 7 Abs. 2 des Gesetzes über die Rechtspflege vom 11. Februar 2009 [RPfIG], Art. 81bis Abs. 1 des Gesetzes über das Verwaltungsverfahren und die Verwaltungsrechtspflege vom 6. Oktober 1976 [VVRG]). Der Beschwerdeführer ist von der Verfügung bzw. dem Einspracheentscheid der Beschwerdegegnerin berührt und hat ein schützwürdiges Interesse an dessen Aufhebung oder Änderung. Er ist somit zur Beschwerde legitimiert (Art. 59 ATSG). Auf die den formalen Anforderungen entsprechende Beschwerde kann eingetreten werden.

3.

3.1 Der Beschwerdeführer macht geltend, ein zweites neutrales Gutachten sei zwingend notwendig, insbesondere hinsichtlich der heiklen Sachlage und letztendlich einer fairen Beurteilung wegen. Auch habe er Zweifel über eine eventuelle Befangenheit der Ersteller gegenüber der SUVA, da die SUVA schlussendlich die Auftraggeberin des Gutachtens gewesen sei.

3.2 Der Anspruch auf rechtliches Gehör umfasst auch das Recht, Beweisanträge zu stellen, und – als Korrelat – die Pflicht der Behörde zur Beweisabnahme. Beweise sind im Rahmen dieses verfassungsmässigen Anspruchs indessen nur über jene Tatsachen abzunehmen, die für die Entscheidung der Streitsache erheblich sind. Auf weitere Beweisvorkehren kann unter anderem auch dann verzichtet werden, wenn die Behörde den Sachverhalt gestützt auf ihre eigene Sachkenntnis bzw. jene ihrer fachkundigen Beamten zu würdigen vermag. Dabei ist hinsichtlich des Beweiswertes eines Arztberichtes entscheidend, ob der Bericht für die streitigen Belange umfassend ist, auf allseitigen Untersuchungen beruht, auch die geklagten Beschwerden berücksichtigt, in Kenntnis der Vorakten (Anamnese) abgegeben worden ist, in der Beurteilung der medizinischen Zusammenhänge und in der Beurteilung der medizinischen Situation einleuchtet und, ob die Schlussfolgerungen des Experten begründet sind. Gelangt der Richter bei pflichtgemässer Beweiswürdigung zur Überzeugung, der Sachverhalt, den eine Partei beweisen will, sei nicht rechtserheblich oder der angebotene Beweis vermöge keine Abklärungen herbeizuführen, kann auf ein beantragtes Beweismittel verzichtet werden. In der damit verbundenen antizipierten Beweiswürdigung kann kein Verstoß gegen das rechtliche Gehör nach Art. 29 Abs. 2 BV erblickt werden (BGE 125 V 351 S. 352 E. 3a; BGE 122 V 157 S. 162 E. 1d je mit Hinweisen).

3.3 Das Gutachten der Dres. med. F_____ und H_____ lässt auf eine umfassende Aktendurchsicht und eingehende Untersuchung des Beschwerdeführers schliessen. Es wurden sämtliche rechtserheblichen Abklärungen durchgeführt. Zwar wurde das Gutachten durch die SUVA in Auftrag gegeben, indes legt der Beschwerdeführer nicht dar und es sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, inwieweit die untersuchenden Ärzte bei der Abklärung der Sachlage vorbefasst gewesen wären. Auch zeigt der Beschwerdeführer nicht auf und es ist nicht ersichtlich, inwiefern die von den Ärzten getroffenen Abklärungen nicht ordnungsgemäss durchgeführt worden seien. Die Abklärungsergebnisse sind vielmehr als schlüssig und nachvollziehbar zu qualifizieren. Sie zeigen die Sachlage mit hinreichender Klarheit auf und erlauben es, den Sachverhalt zuverlässig zu würdigen. Ein zweites Gutachten ist dementsprechend nicht notwendig.

4. Da bereits mit Urteil vom 4. März 2011 (S2 10 20) festgestellt wurde, dass das Ereignis vom 12. August 2007 mangels Ungewöhnlichkeit des äusseren Faktors keinen Unfall im Sinne von Art. 4 ATSG darstellt, ist vorliegend nur mehr zu beurteilen, ob der Misstritt des Beschwerdeführers als unfallähnliche Körperschädigung im Sinne von Art. 9 Abs. 2 der Verordnung über die Unfallversicherung vom 20. Dezember 1982 (UVV) zu qualifizieren und demnach selbst ohne ungewöhnliche äussere Einwirkung einem Unfall gleichzustellen ist. Abgesehen von der Ungewöhnlichkeit, müssen hierbei sämtliche anderen Unfallbegriffsmerkmale erfüllt sein. Zur Bejahung der Unfallähnlichkeit bedarf es nebst der Schädigung dementsprechend einer äusseren Einwirkung, der Plötzlichkeit der Einwirkung, der fehlenden Absicht zur Einwirkung sowie des Kausalzusammenhanges zwischen der äusseren Einwirkung und der Schädigung. Besondere Bedeutung kommt hierbei der Voraussetzung des äusseren Ereignisses zu, d.h. eines ausserhalb des Körpers liegenden, objektiv feststellbaren, sinnfälligen, eben unfallähnlichen Vorfalles. Keine Unfallähnlichkeit ist gegeben, sofern die Körperschädigung eindeutig auf eine Erkrankung oder eine Degeneration zurückzuführen ist (vgl. Art. 9 Abs. 2 UVV) oder wenn nicht erstellt ist, dass die für die Beeinträchtigung nach Art. 9 Abs. 2 UVV typischen Schmerzen unmittelbar im Anschluss an den als äusseren Faktor bezeichneten Lebenssachverhalt aufgetreten sind (BGE 129 V 472 E. 4.3 mit Hinweisen; Urteil des Bundesgerichts U 179/04 vom 13. Juli 2005 E. 4.3).

4.1 Es steht in casu fest, dass der Beschwerdeführer bei einer Wanderung in eine Vertiefung trat. Mit Blick auf die Rechtsprechung kann das plötzliche Treten in ein Loch als äusserer Faktor bejaht werden, so dass die Leistungspflicht aufgrund einer unfallähnlichen Körperverletzung grundsätzlich zu bejahen wäre, sofern einerseits eine solche vorliegt und andererseits der Nachweis der Kausalität erbracht wird.

4.1.1 Grundsätzlich fallen nach Art. 9 Abs. 2 lit. f UVV nur vollständige Sehnenrisse unter den abschliessend formulierten Katalog der unfallähnlichen Verletzungen. Ein eigentlicher Sehnenriss besteht dann, wenn die Sehne vollständig gerissen ist. Als unfallähnliche Körperschädigung gelten neben dem vollständigen Riss aber auch Teilrupturen, sofern sie, was in der Regel nur operativ oder durch Kontrastmitteldarstellung geschehen kann, eindeutig nachgewiesen sind (BGE 114 V 298 E. 5a). Sehnenzerrungen lassen sich demgegenüber nicht unter den Begriff „Sehnenrisse“ subsumieren (BGE 114 V 298 E. 3d; vgl. auch Urteil des Bundesgerichts 8C_696/09 vom 12. November 2009 E. 5.2).

4.1.2 Vorliegend erfolgte der Misstritt des Beschwerdeführers am 12. August 2007. Die Angaben des Versicherten über den Hergang des Ereignisses sind sehr knapp. Hinzu kommt, dass aufgrund der Akten nicht klar erstellt ist, wann es zu einer Erstkonsultation beim erstbehandelnden Arzt kam. Diesbezüglich verweist Dr. D_____ am 18. Mai 2009 auf Dr. E_____, der in seinem Bericht vom 17. Juni 2009 den 19. Oktober 2008 nennt. Dr. I_____ legt seinerseits am 9. Juni 2009 dar, der Patient sei im August 2007 von Dr. D_____ behandelt worden, der jedoch eine Erstbehandlung durch Dr. E_____ geltend machte. Sodann fehlen jegliche Angaben in Bezug auf eine allfällige Behandlung in Bezug auf die linke Achillessehne, zumal die hinterlegten Berichte betreffend diverser Physiotherapiesitzungen sich auf

die rechte Achillessehne bzw. Wade beziehen und die Berichte keine Sitzungsdaten nennen. Fest steht einzig, dass unmittelbar nach dem Ereignis keine Arbeitsunfähigkeit attestiert wurde und das MRI vom 13. November 2007 - drei Monate nach dem Misstritt des Beschwerdeführers - noch eine durchgehende Achillessehne links zeigte. Schliesslich erfolgte die Unfallmeldung erst im Februar 2009 bzw. 1 ½ Jahre nach dem fraglichen Ereignis.

Nach dem Gesagten kann mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass das Ereignis vom 12. August 2007 unmittelbar keine Listenverletzung nach Art. 9 Abs. 2 UVV zur Folge hatte und, dass im Übrigen die Annahme einer unfallähnlichen Körperschädigung auch am Nachweis der Kausalität scheitert, weil nicht erstellt ist, dass die für die Beeinträchtigung nach Art. 9 Abs. 2 UVV typischen Schmerzen unmittelbar im Anschluss an den als äusseren Faktor bezeichnenden Lebenssachverhalt aufgetreten sind. Angesichts der sehr langen Zeit zwischen dem Geschehen vom 12. August 2007 und der Meldung bei der SUVA im Februar 2009 bzw. des erstmaligen Aufsuchens eines Arztes ist demnach auch nicht mit überwiegender Wahrscheinlichkeit erstellt, dass die typischen Schmerzen sich gleich nach dem Ereignis bemerkbar machten (vgl. dazu Urteil des Bundesgerichts U 221/02 vom 23. September 2003), weshalb eine Leistungspflicht der SUVA entfällt.

4.2 Selbst wenn grundsätzlich eine unfallähnliche Körperverletzung bejaht würde, ist darauf hinzuweisen, dass der Beschwerdeführer einen Vorzustand vorwies, indem sowohl an der linken als auch an der rechten Achillessehne Tendinopathien diagnostiziert wurden. Laut Schreiben von D_____ an Dr. J_____ vom 19. November 2008 hatte sich der behandelnde Arzt „bei der beim Patienten über Jahre dahinschleichenden bunten Anamnese mit polytop aber jeweils organbegrenzten Entzündungen“ gefragt, ob die Tendinitis nicht im Rahmen einer systemischen Erkrankung zu interpretieren wäre. Gemäss den Ausführungen der Dres. med. F_____ und H_____ hatte der Beschwerdeführer auch rechtsseitig eine verdickte, indolente Achillessehne. Bei dieser deuten die Ärzte eine asymptomatische Tendinopathie im Stadium I.

Es ist anzufügen, dass es praxisgemäss für die Bejahung des Kausalzusammenhangs genügt, wenn das schädigende Geschehen eine Teilursache bildet. Ein degenerativer oder pathologischer Vorzustand schliesst daher eine unfallähnliche Körperverletzung nicht aus, sofern ein unfallähnliches Ereignis den vorbestehenden Gesundheitsschaden verschlimmert oder manifest werden lässt. Jedoch zeigte die hier massgebende linke Achillessehne sich nach Ausführungen der Dres. med. F_____ und H_____ im MRI vom 13. November 2007 – drei Monate nach dem Misstritt des Beschwerdeführers – noch durchgehend, also intakt, ohne Anhalt auf jegliche Unterbrechung. Es bestand eine geringe längsverlaufende intratendinöse Signalaufhellung, welche die Ärzte aber mit eingehender Begründung nicht als Ruptur deuteten, sondern als Zeichen einer *leichten* Tendinopathie mit Peritendinose, also einer degenerativen Erkrankung. Auch das medizinisch-radiologische Institut in Brig kam zum Schluss, dass zu diesem Zeitpunkt keine Ruptur der Achillessehne bestand. Eine Teilruptur der linken Achillessehne wurde erst im MRI vom 5. August 2008 nachgewiesen und im Operationsbericht vom 2. Juni 2009 bestätigt. Die Partialruptur

selbst erachten die Experten aber als Folge der degenerativen Kaskade der Sehnerkrankung. Den Teilriss der Sehne verursachten aber die bisher bekannten biochemischen Prozesse einer Tendinopathie der Achillessehne sowie zusätzlich die Steroidbehandlung vom 15. Juli 2008. Die Frage, ob hier bereits eine Teilursache im Sinne eines Auslösungsfaktors vorliegt, kann daher aufgrund des Dargelegten verneint werden, zumal die involvierten Ärzte von einem degenerativen Geschehen ausgehen, drei Monate nach Fehltritt per MRI lediglich eine leichtgradige Peritenonitis der Achillessehne festgehalten wurde, und die Zeitspanne von einem Jahr, die zwischen dem Misstritt am 12. August 2007 und dem Diagnosezeitpunkt des Sehnenteilrisses am 5. August 2008 liegt, verhältnismässig lange war. Vergleicht man hierzu noch die Zeitspanne von drei Wochen, die zwischen der Steroidbehandlung vom 15. Juli 2008 und dem Diagnosezeitpunkt am 5. August 2008 lag, so muss mit überwiegender Wahrscheinlichkeit davon ausgegangen werden, dass der Misstritt des Beschwerdeführers auch nicht einen Teilfaktor der Partialruptur darstellte.

4.2.1 Der Beschwerdeführer macht hierzu geltend, dass nur das Ereignis vom 12. August 2007 Auslöser seiner jahrelangen Beschwerden und der schliesslich am 5. August 2008 erfolgten Ruptur sein könne. Insbesondere, da vor diesem Ereignis keine Abnormitäten oder Anzeigen, welche auf Probleme mit der Achillessehne hindeuteten, vorhanden gewesen seien. Diese Ausführungen des Beschwerdeführers laufen zur Hauptsache auf eine Argumentation "post hoc ergo propter hoc" hinaus, nach deren Bedeutung eine gesundheitliche Schädigung schon dann als durch den Unfall verursacht gilt, weil sie nach diesem aufgetreten ist. Diese Schlussfolgerung ist zum Nachweis des fraglichen Kausalzusammenhangs jedoch praxismässig unzureichend (vgl. BGE 119 V 335 E. 2b/bb; SVR 2010 UV Nr. 10 S. 40).

4.3 Mithin kann den zutreffenden Erwägungen im angefochtenen Entscheid vollumfänglich beigeplichtet werden. Die Beschwerde ist demgemäss abzuweisen.

5. Das Verfahren ist kostenlos (Art. 61 lit. a ATSG); es werden keine Gerichtskosten erhoben.

Das Kantonsgericht erkennt

1. Die Beschwerde wird abgewiesen.
2. Es werden keine Gerichtskosten erhoben.

Sitten, 22. November 2013